Zentralblatt für Gynäkologie

herausgegeben von HEINRICH FRITSCH in Bonn.

33. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 16. Sonnabend, den 17. April 1909.

Inhalt.

I.

Aus dem Kaiserl. klinischen Institut für Geburtshilfe und Gynäkologie in St. Petersburg.
Direktor: Prof. Dr. D. v. Ott.

Nekrose eines Fibromyoms der schwangeren Gebärmutter als ätiologisches Moment der Undurchgängigkeit des Darmkanals.

Von

Dr. Speransky-Bachmetew.

Obgleich die während der Schwangerschaft durch ein Fibromyom verursachte Okklusion des Darmkanals nicht zu den Seltenheiten gehört, wird dieselbe dennoch gewöhnlich entweder bei kolossalem Umfange der Geschwulst oder ihrer Lage in der Höhle des kleinen Beckens und der dadurch bedingten mechanischen Hindernisse angetroffen. Daher erlaube ich mir einen Fall sui generis zu beschreiben, dessen klinisches Interesse darin liegt, daß er zu keiner der oben angeführten Kategorien, weder nach der Lage des Fibromyoms noch nach seiner Größe zugezählt werden kann.

Die Pat. E., Frau eines Arztes, trat mit Klagen über wehenartige Schmerzen im Unterleibe in die Klinik ein. Ist seit 10 Monaten verheiratet; menstruiert seit dem 14. Lebensjahre regelmäßig, jede 4 Wochen zu 5—6 Tagen; letzte Periode vom 1.—4. Mai 1907. Seitdem Übelkeit am Morgen, später Erbrechen, Veränder-

lichkeit des Geschmackes, so daß die Kranke sich für schwanger hielt und bis auf die angeführten wenig lästigen Symptome sich bis Ende August ganz wohl fühlte. Seit dem Anfange der Schwangerschaft notiert die Kranke außerdem eine größere Trägheit des Darmes, woran sie auch früher litt. Vom Anfange der Schwangerschaft hatte die Kranke die Anwesenheit eines kleinen walnußgroßen beweglichen Tumors im Unterleibe bemerkt, welcher nach den Worten des beobachtenden Arztes allmählich wuchs. Von August an traten periodische Schmerzanfälle in der linken Unterleibsgegend, welche in den linken Fuß irradiierten, ein; die Schmerzen waren vorübergehend und nicht sehr intensiv; den 11. November war aber der Schmerzanfall so stark, daß die Kranke genötigt wurde, das Bett zu hüten. In der Nacht vom 11.—12. November traten die wehenartigen Schmerzen ein, mit welchen die Kranke in die Klinik aufgenommen wurde.

Status praesens. Die Haut und die Schleimhäute sind blaß. Zunge naß, starkes Erbrechen, kein Stuhlgang seit dem 11. November; Herz und Lungen normal. Herztöne rein. Puls = 72, regelmäßig, guter Füllung. Leber und Milz ohne Veränderung. Der Leib ist stark aufgetrieben und etwas schmerzhaft; überall Tympanitis. Alle Schwangerschaftssymptome sind vorhanden: Fundus uteri in Nabelhöhe. Am linken Uterushorn wird ein wenig beweglicher, mit der Gebärmutter engverbundener Tumor von halber Faustgröße durchgefühlt. Die Umrisse der Geschwulst können wegen des starken Meteorismus nicht klar festgestellt werden.

Innere Untersuchung: Cervix verkürzt, äußerer Muttermund geschlossen, der vorliegende Kopf liegt hoch über dem Beckeneingange.

Während der ersten Tage wurden in der Klinik periodische wehenartige Uteruskontraktionen, starkes Erbrechen und vollständige Obstipation konstatiert. Trotz der energisch angewandten Mittel zur Entleerung und Desinfektion des Darmkanals blieben alle Maßregeln erfolglos; sofort nach Einnahme von Laxantien trat Erbrechen ein, die Klysmen führten auch nichts heraus. Der Meteorismus nahm zu, die Schmerzhaftigkeit des Leibes wuchs von Tag zu Tag, das Erbrechen wurde öfter und stärker, die Wehen stiegen an, so daß am 14. November ein volles Verstreichen der Cervix bei fingerbreiter Öffnung des Muttermundes gefunden wurde. Da alle Symptome der Okklusion des Darmkanals vorlagen, wurde die Kranke zum Zweck der Feststellung der Gegend der Undurchgängigkeit des Darmes sub narcosi der Untersuchung nach der neuen Beleuchtungsmethode von Prof. v. Ott unterzogen. Dieselbe hat sich glänzend bewährt, da man nach Einführung der Darmspecula die Stelle des zugedrückten Darmes, nämlich in dem oberen Abschnitte der Flexura sigmoidea, bei ihrem Übergange in das Colon descendens mit absoluter Sicherheit und Genauigkeit konstatieren konnte, was auch mit dem Auge klar zu sehen war. Das Spekulum, welches anfangs leicht vordrang, stieß höher auf ein Hindernis an der Stelle der Stenose. Bei den weiteren Versuchen, vorzudringen, wurde die Schleimhaut verletzt, was sich durch eine eingetretene kleine parenchymatöse Blutung äußerte. Durch die oben angeführte Untersuchungsmethode wurde also mit unfehlbarer Genauigkeit die Stelle der Darmokklusion festgestellt.

Darauf wurde beschlossen, die Geburt zu beenden, da einerseits die Geburtstätigkeit schon so weit vorgeschritten war (Verstreichen der Cervix und Eröffnen des äußeren Muttermundes für einen Finger), daß auf eine Erhaltung der Schwangerschaft wenig Chancen vorhanden waren, andererseits aber der Zustand der Kranken sich stark verschlimmerte (Erbrechen; Meteorismus und Empfindlichkeit des Leibes nahmen zu). Außerdem konnte man noch darauf rechnen, daß die Entleerung der Gebärmutter einen günstigen Einfluß auf die Wiederherstellung der Darmdurchgängigkeit ausüben würde, im entgegengesetzten Falle aber die nötigen weiteren Manipulationen in der Bauchhöhle erleichtert würden.

Zu diesem Zwecke wurde ein Metreurynter eingeführt. Am nächsten Morgen wurde um 8 Uhr die Wendung auf den Fuß und die Extraktion ausgeführt. Nach Beendigung der Geburt konfigurierte sich die Geschwulst klar am Gebärmuttergrunde näher zum linken Horn. Die Geschwulst saß der Gebärmutter breit auf. Trotz der Entleerung des Uterus blieb aber der Zustand der Kranken unverändert.

Abgang von Flatus und Fäces konnte nicht erreicht werden, das Erbrechen bestand wie früher. Daher wurde am 15. November um 3 Uhr nachmittags unter Chloroformnarkose die Köliotomie durch Prof. v. Ott ausgeführt. Nach Eröffnen des Bauchfelles (medianer Längsschnitt) stellten sich die aufgeblähten stark injizierten Darmschlingen ein; unter dem ausgedehnten hyperämisierten Colon transversum wurde eine solide manusfaustgroße Geschwulst, welche mit einem kurzen und dicken Stiele von dem Gebärmuttergrunde ausging, gefunden. Die Geschwulst wurde von dem großen Netz bedeckt und war mit demselben verwachsen. Nach Anlegung von Ligaturen wurde dasselbe von der Geschwulst abgelöst und reseziert. Außerdem besaß die Geschwulst Verwachsungen mit der Flexura sigmoidea nahe an ihrer Übergangsstelle in das Colon descendens. Bei der Lösung derselben wurde der seröse Überzug des Darmes verletzt und die Muscularis entblößt. Die Läsion wurde durch eine Reihe feiner Nähte wieder hergestellt. Darauf wurde das Fibromyom selbst entfernt. Sein Stiel wurde keilförmig aus der Gebärmutter ausgeschnitten und die dadurch erhaltene Wunde durch eine Reihe seidener Nähte geschlossen. Die Geschwulst erwies sich als ein Fibromyom, welches in dem mit dem Darme verwachsenen Abschnitt degeneriert und nekrotisiert war. Außer noch zwei kleinen subserösen Fibromyomknoten war der Genitalapparat vollständig gesund. Der ganze Darmkanal wurde untersucht, wobei gefunden wurde, daß der Verschluß des Darmes gerade in der Gegend der Verwachsung mit der Geschwulst stattgefunden hatte. Über dieser Stelle waren die Darmschlingen stark durch Gase ausgedehnt. In den Mastdarm wurde eine Magensonde eingeführt, welche unter Kontrolle der oberen Hand über die Stelle der früheren Stenose leicht fortgeleitet werden konnte. Gase und etwas dünner Kot gingen ab. Die Darmschlinge fiel zusammen. Bei der Besichtigung des Wurmfortsatzes wurde derselbe als entzündlich verändert infiltriert, mit knopfartiger Verdickung am Ende und mit Verwachsungen mit der Umgegend gefunden. Derselbe wurde nach der Manchettenmethode entfernt. Die Bauchwunde wurde geschlossen.

Mikroskopische Untersuchung der Geschwulst: Hyaline Degeneration und Nekrose der Geschwulst in demjenigen Abschnitte, welcher dem Darme anlag.

Der postoperative Verlauf war vollständig fieberfrei. Temperatur max. 36,9°, Puls 90. Die Gase gingen schon am nächsten Tage frei ab, Stuhlgang nach dem ersten Klysma, welches am 4. Tag gegeben wurde. Die ersten 3 Tage bestand noch Erbrechen, hörte aber nachher auf. Die Bauchwunde heilte per primam, am 20. Tage verließ die Kranke das Bett, am nächsten Tage vollständig wiederhergestellt die Klinik. Lochien normal.

In dem angeführten Falle stellen wir uns auf Grund der klinischen Beobachtung und des Befundes bei der Operation den Mechanismus der Darmokklusion folgendermaßen vor: Die beginnende Nekrose der Geschwulst bedingte schon lange vor dem Eintritt der Kranken in die Klinik einen plastischen Entzündungsprozeß und eine Verwachsung mit dem anliegenden Abschnitt des Darmes. Die wachsende Gebärmutter zog gleichzeitig auch das Fibromyom und dadurch den mit der Geschwulst verwachsenen Abschnitt in die Höhe, wobei das kurze Mesenterium in entgegengesetzter Richtung, nämlich nach unten, wirkte. Die Obstipation, an welcher die Kranke noch vor der Schwangerschaft litt, erhöhte den Meteorismus; das herabhängende Colon descendens, was besonders während der Operation gut zu sehen war, verstärkte noch die Torsion.

FINAL PAGE IS
A RIGHT HAND
PAGE